الفصل السادس عشر

علاج الفصام

Schizophrenia : Treatment

David R. Hemsley ديڤيد ر. هيمسلي

الفصل السادس عشر

عـــــلاج الفصـــــام

ديڤيد ر. هيمسلى David R. Hemsley

مقدمة :

هناك عدد من الطرق التى يمكن أن تنظم بها مناقشة المناحى النفسية المختلفة فى علاج أعراض الفصام . وستبدأ هذه المراجعة بالاهتمام بالتراث المتنامى للأساليب المعرفية السلوكية العريضة لعلاج الأعراض الموجبة للفصام . وتبدو بعض أساليب التدخل واعدة ، على الرغم من أن القدر الأكبر منها كان بحوثاً تتضمن تقارير دراسة حالة أو سلاسل من الحالات ، بدلاً من دراسات مضبوطة . وسيظهر من خلال هذا السياق أهمية قضية ما إذا كان التأكيد فى العلاج يتعين أن يكون على التدريب على استراتيجيات التعامل الفعال أم على إزالة الخبرات غير السوية .

وستتناول الأقسام التالية التدخل العائلى ، وبرامج تدبر السلوك الفردية والجماعية ، والتدريب على المهارات الاجتماعية . وقد تم فحصها جميعها بطريقة نظامية . وهناك تطور حديث يثير الانتباه ، هو محاولة تعديل العجزالمعرفى البارز فى الفصام ، على الرغم من أن النتائج غير حاسمة فى الوقت الراهن .

وقد أصبح من الواضح بقدر متزايد فى علاج المرضى ممن شخصوا على أنهم فصاميون ضرورة أن يتم التعامل الجوهرى مع أبعاد الأعراض المرضية مثل الاكتئاب والقلق ، واللذان لايعتبران «الظواهر المحورية» فى الاضطراب . وبالتأكيد فإن النتائج المُرضيه قد تعتمد أكثر على تعديل مثل هذه الاضطرابات، منها على الظواهر الذهانية ذاتها . وقد تكون الأساليب التى استخدمت بنجاح مع المرضى غير الفصاميين جيدة للغاية ، غير أن المرء لايستطيع أن يفترض أن « العلاقات الوظيفية نفسها يمكن علاجها بأساليب العلاج نفسها دون اعتبار لما إذا كان الشخص يعرض المشكلة بمعزل عن ... أو فى علاقتها بالكثير من المشكلات الأخرى التى يمكن أن تسمح بتصنيف الشخص فى فئة تشخيصية مختلفة» (Paul, 1974 : 197-8) .

العـــلاج الدوائـــى

يتعين النظر إلى الأساليب النفسية فى علاج المرضى الفصاميين ، فى إطار العلاج الدوائى الشامل بمضادات الذهان ، فى المرحلة الحادة للاضطراب على الأقل . وقد أوضح عدد كبير من الدراسات المضبوطة أن لمثل هذا العلاج تأثيراً مفيداً على الكثير من مرضى الفصام الحاد . وعلى الرغم من ذلك ، فإن بعضهم لايستجيب له بطريقة حسنة . وكان من بين من أخرجوا من المستشفى من ظلت لديهم بشكل دائم آفات إجتماعية ومهنية خطيرة ، وهو الأمر الذى يشير إلى الحاجة الماسة لأساليب علاجية إضافية . علاوة على ذلك ، فبالإضافة إلى الخصائص المضادة للاكتئاب فى العقاقير المهدئة عصبيًا ، فإنها تؤدى

إلى عدد من الآثار الجانبية ، والتى يمكن لبعضها مثل اختلال البطء الحركى [1] أن يبرهن على أنه غير قابل للشفاء . وفى هذه الحالة يتطلب استخدام الدواء على فترة زمنية ممتدة حرصاً شديداً .

وتشير مراجعة جاردوس وكول Gardos and Cole (1976) إلى أن «الفينوثايزينات» [2] تمنع الانتكاسات الخطيرة فى حالة ٤٠٪ من المرضى الفصاميين الخارجيين . بينما يظل بقيتهم فى حالة جيدة دون مواصلة تعاطى الدواء . وبهذا يكون تحديد هذه المجموعة الاخيرة قد اعتمد على المرضى ، ممن منحوا فترة خالية من استخدام الدواء ، ويعالج أى تدهور بالعودة إلى الدواء . وكما سبق أن أشرنا فى الفصل السابق ، قد تتفاعل البيئة التى يعود إليها المريض مع تأثير العقاقير المضادة للذهان ، ولهذا الأمر قيمته بالنسبة لأولئك ، الذين عادوا إلى بيوت توجد بها تعبيرات انفعالية ، ذات مستوى مرتفع (Vaugh and Leff, 1976). وقد قدم هيرش Hirsch (1986) مناقشة تفصيلية لهذه القضايا .

نتيجة لهذا تستخدم العقاقير المضادة للذهان دائماً مع تنوع من أساليب العلاج النفسى . وبصفة عامة يتقرر هذا التدخل الأخير بمجرد الحصول على التأثيرات المُثلى الناتجة عن الدواء ، ثم تُقيم المشكلات المتبقية أو الإضافية ، فالمهدئات قد تؤدى فى كثير من الأحيان إلى زيادة استجابية المرضى لإجراءات معينة ، مثل التدريب على المهارات الاجتماعية . وقد يمكن إعزاء ذلك جزئياً إلى انخفاض عدم التنظيم المعرفى الذى يلى العلاج الدوائى .

ويذكر تقرير لهيرسن وزملائه Hersen et al.(1975) حول حالة فشل فيها المريض فى الاستجابة لبرنامج المكافآت الرمزية [3] ، و لعلاج جمعى للمهارات على مدى الشهر الأول من إقامته فى المستشفى ، أنه أصبح قادراً على الإفادة من كليهما بعد تناوله للعلاج .

وقد تكون هناك مشكلات تتعلق بإذعان المريض للعلاج الدوائى ، كما يحدث فى مواقف أخرى . وعلى الرغم من إمكان الإقلال من هذه الصعوبات باستخدام الحقن بالمهدئات طويلة المفعول ، إلا أنه يمكن استخدام الأساليب النفسية لزيادة الإذعان لتناول الدواء .

الأساليب المعرفية ـ السلوكية لعلاج الأعراض المرضية الموجبة .

الهذاءات [4]

قام واتس وزملاؤه Watts et al. (١٩٧٣) بمحاولة لتعديل الهذاءات لدى ثلاثة مرضى فصاميين برانويديين مزمنين . وتم التركيز على المعتقدات التى يعترف بها المريض عند سؤاله ، وليس على الحديث التلقائى عن الهذاءات . وقد تم الإقلال من أسلوب المواجهة ، واستخدم نظامًا متدرجًا [5] حيث بدأ علاج أقل أجزاء هذاءات المريض قوة أولاً . ولم يكن مطلوباً من المريض أن يتنازل عن معتقداته الشخصية ، بل مجرد أن يفكر فى الحقائق المتصلة بها والحجج حولها . وبمجرد ظهور عدد من الأدلة الممكنة المناقضة للمعتقدات ، يتم تشجيع المرضى على الجهر بها ، وحيث يقوم المعالج بالتصديق على هذه التعبيرات وتقديم التفاصيل حولها . وقد أظهر المرضى الثلاثة انخفاضاً جوهريًا فى قوة معتقداتهم الهذائية بعد ست جلسات ، على الرغم من عدم تنازلهم عنها كلية .

(1) Tardive dyskinesia.
(2) Phenothiazines.
(3) Tokens.
(4) Delusions.
(5) Hierarchy.

وقام ميلتون وزملاؤه .Milton et al بفحص تأثيرات نمطين متعارضين من أنماط التدخل اللفظى، باستخدام عينة كبيرة من مرضى الهذاء المستعصى، بأسلوب لتعديل المعتقدات مشابهة لذلك الذى استخدمه واتس وزملاؤه (Watts et al. (1973، وقورن بأسلوب المواجهة [(١)] وبدأ استخدام الأسلوب الأخير مع أكثر المعتقدات قوة لدى المريض ، وكان على المعالج أن يكون حاسماً ومتسقاً ويرفض ، لكن بأدب شديد معتقدات المرضى (Milton et al., 1978:128) . وأدى كل من الأسلوبين إلى خفض ضئيل فى قوة الهذاءات بعد خمس جلسات . وكان هناك انخفاض آخر بعد ستة أسابيع أخرى ، لدى مجموعة تعديل المعتقدات بما يزيد من إمكانية بدء حدوث تغير ، يمكن أن يستمر بعد اكتمال هذا النمط من العلاج . ولم يظهر أحد من أفراد هذه المجموعة زيادة فى مقدار الاضطراب الكلى ، كما قيس بمقياس التقديرات السيكاترية المختصر [(٢)] . وعلى النقيض من ذلك ، ارتفعت درجات سبعة مرضى من مجموعات المواجهة على مقياس التقديرات السيكاتريه المختصر بعد الجلسة الخامسة . وظلت هذه الزيادة لدى أثنين منهما لمدة ستة أسابيع . وذكر الفورد (Alford (1986 أيضاً دراسة حالة ، استخدم فيها تدخلاً معرفياً ذا آثار جوهرية على المعتقدات الهذائية التى استمرت على مدى ثلاثة أشهر من المتابعة . كما أظهرت دراسة ضخمة قام بها شادويك ولو (Chadwick and Lowe (1990 إمكان تحقيق انخفاض حقيقى فى الإقتناع بالمعتقدات الهذائية فى عدد قليل نسبيًا من الجلسات . وتتضمن مكونات هذا العلاج تحدياً لفظيًا محدد البنية ، باستخدام أسلوب يخلو من المواجهة (قارن Milton et al., 1978) . وقد تلى ذلك مرحلة من إختبار الواقع ، حيث يوافق فيها المريض على اختبار معتقداته الهذائية . ومن بين المرضى الستة رفض اثنان منهما تماماً معتقداتهما ، وخفض الثلاثة الآخرون من اقتناعهم بمعتقداتهم خفضاً جوهرياً . وبعد ستة أشهر من المتابعة كان هناك دليل على استمرار التأثير العلاجى ومن المثير للشغف أن الاستجابة الأولية لدى المرضى للتناقض الفرضى مع معتقداتهم أظهر أنه منبىء بالنتائج (قارن الفصل ١٥) .

وبينما ركزت كل الدراسات السابق الإشارة إليها على المعتقدات الهذائية ، استخدمت دراسات أخرى إجراءات للتشريط الفعال [(٣)] لتعديل الحديث الهذائى . وعلى الرغم من ذلك كان هناك خطر واضح يتمثل فى المساواة بين وجود أو غياب عرض ما بناء على التعبير اللفظى عنه . وفى دراسة حالة مبكرة قام بها ريتشارد وزملاؤه (Richard et al., 1960) لمريض عبر عن أفكاره الهذائية ، استخدم أسلوب التصديق الاجتماعى للحديث غير الهذائى فى مواقف فردية . وعلى الرغم من ظهور زيادة فى المناقشات المعقولة التى قام بها المريض ، إلا أن حدوث تغييرات فى الموقف التنبيهي تلاها تدهور شديد . وعلى الرغم من ذلك ، وعلى امتداد عامين من المتابعة تحت ظروف التدريب الأصلى ، تبين استمرار المكاسب العلاجية . تلى ذلك قيام أيلون وهوتون (Ayllon and Houghton (1964 بالجمع بين التعزيز الإيجابى [(٤)] والإطفاء فى التعامل مع الحديث الهذائى . وقد أوضحا فى البداية أنه كان يمكن زيادة نسبة الحديث الهذائى بواسطة هذه الأساليب ، ثم تمكنا بواسطة عكس التوافقات المحدثة له إلى التوصل إلى انخفاض حاد فى الحديث الهذائى بنسبة مستقرة ، تصل إلى ١٥ فى المئة وكانت فى البداية ٥٠ فى المئة . وقام وينسز وزملاؤه (Wincze et al. (1972 باختبار تأثير المكافآت الرمزية [(٥)] والعائد [(٦)] على الحديث الهذائى لدى

(1) Confrontation.
(2) Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).
(3) Operant Procedures.
(4) Positive Reinforcement.
(5) Tokens.
(6) Feedback.

مجموعة من المرضى الفصاميين البرانويديين المزمنين . وعلى الرغم من أن كلاً من الأسلوبين أديا إلى خفض فى الحديث الهذائى خلال الجلسات التجريبية بالنسبة لأغلب المرضى ، إلا أنه لم يحدث تعميم تلقائى للتحسن فى مواقف الجناح . كما لم يتمكن الأطباء النفسيون المستقلون من ملاحظة أى تغيرات فى هذاءات المرضى أو فى وضعهم العقلى . وعلى الرغم من ذلك ، فقد أدى التدريب التعميمى فى الجناح لمجموعة فرعية من المرضى لإظهار نصفهم تحسناً جوهرياً .

وقام ليبرمان وزملاؤه Liberman et al. (1973) بعلاج أربعة مرضى اضطهاديين مزمنين فى جلسات يومية ، استمرت فقط إلى أن تكلم المريض بطريقة مناسبة . وقد استخدم «دردشة» (١) ليلية بمثابة مدعم ، واعتمد طولها على مقدار الحديث المعقول الذى يظهر فى الجلسات اليومية . وقد حدث تحسن درامى بعد خمسة عشر جلسة فى الجلسات اليومية مع قدر من التعميم فى الدردشة المسائية ، وعلى الرغم من ذلك استمرت التعبيرات عن الهذاءات بالمعدل نفسه أثناء التفاعلات المعتادة فى الجناح . وبالتالى ، يبدو من الواضح أنه على الرغم من أن الإجراءات الفعالة قد تؤدى إلى خفض فى الحديث الهذائى فى أثناء جلسات العلاج ، إلا أن ذلك لايكون كاملاً ، ونادراً مايحدث تعميم تلقائى . ولاتتوفر أدلة على تعديل فى معتقدات المرضى نتيجة لمثل هذا التدخل ، يضاف إلى ذلك أن أغلب الدراسات كانت تجرى على مرضى لديهم هذاءات نظامية متماسكة ، وليس على هذاءات من تلك التى تتغير باستمرار .

الهـــلاوس

بصفة عامة تستجيب الهلاوس السمعية جيداً لعقار الفينوتايزين (٢) على الرغم من أن الأمر لايكون هكذا دائماً . وقد جرت محاولات قليلة نسبياً لتعديل مثل هذه الخبرات باستخدام أساليب بديلة . وكانت إحدى المشكلات الرئيسية هى إعتماد الباحثين فى أغلب الأحوال على التقارير اللفظية ، التى تشير إلى الخبرات المرضية. ومن الواضح أن تقارير المرضى يمكن ـ بسهولة نسبية ـ أن تتعدل دون حدوث أى تغير فى الخبرة المتضمنة . وعلى الرغم من أن البعض (مثال ذلك Haynes and Goddy, 1978). استخدم السلوك الهلوسى (٣) من ذلك الكلام والغمغمه ، التى لايبدو أنها استجابة لأى منبه قابل للتحديد ـ بوصفه متغيرهم المستقل ـ إلا أن العلاقة بين هذا المتغير وتكرار الخبرة الشاذة قد تكون محدودة .

وقدمت دراسة قام بها سلاد Slade (1972) عرضاً لاستخدام تحليل وظيفى دقيق ، بهدف استخلاص برنامج علاجى للهلاوس السمعية المستعصية . وقد طُلب من المريض أن يسجل ظهور الأصوات التى يسمعها ، وأن يقدر عدداً من الحالات المزاجية والظروف البيئية . وقد تبين أنه كان اميل لتسجيل الهلاوس عندما يكون فى حالة مرتفعة من الإستثارة ، وفى بيئة ذات تنبيهات قليلة نسبياً . وبناء على فحص المواقف ، التى تستثير التوتر ، تم وضع مدرج لها وأجرى تسكين منظم . وقد أدى ذلك إلى انخفاض فى تكرار الخبرات الهلوسية . وفى تقرير حالة تال ، (Slade, 1973) أمكن استعادة النتائج نفسها بكل دقة ، على الرغم من أن التسكين فى المواقف الحية (٤) كان ضرورياً . وقد أشار الومبا Alumbaugh (1971) إلى نجاح استخدام التسكين المنظم ، إلا أن لامبلى Lambley (1973) يحذر من ضرورة الانتباه لاحتمال ظهور أساليب سلوكية شاذة ، عندما يستخدم هذا الأسلوب العلاجى القائم على علاج عرض منفرد .

(1) Chat.
(2) Phenothiazine.
(3) Hallucinatory behavior.
(4) invivo.

وكثيراً مايذكر أن الأساليب التشريطية الفعالة ذات كفاءة فى علاج الهلاوس الذهانية . من ذلك أن روتنر وباجل Rutner and Bugle (1969) طلباً من مريضة فصامية ، أن تسجل تكرار حدوث الهلاوس السمعية لمدة ثلاثة أيام ، ثم عرضها عليها بعد ذلك بطريقة علنية رسماً بيانياً لتكرار هذه الهلاوس ، وقد توافق الثناء والاهتمام مع الانخفاض فى الهلاوس التى تضمنتها التقارير . وقد حدث انخفاض حاد فى الهلاوس ، قبل بدء تأثير التدعيمات المصاحبة ، ثم انخفضت بعد ذلك إلى الصفر ، ولم تسجل أية هلاوس على امتداد ستة أشهر من المتابعة ، وبالتالى فمن الصعب معرفة السبب فى تغير تقارير هذه المريضة .

استخدم أيضاً أسلوب الإبعاد [١] (أو العزل) فى محاولة لخفض الهلاوس (Haymes and Goddy, 1973) وتضمن إبعاد المريضة عن بيئتها الاجتماعية السوية ، ووضعها فى مكان منعزل عبارة عن حجرة صغيرة غير مؤثثة لمدة عشرة دقائق ، وكان الهدف العلاجى هو ، كما أشير إلى ذلك من قبل خفض السلوك الهلوسى ، وقد تحقق خفض جوهرى فى هذا السلوك بعد خمسة وثلاثين يوماً ، غير أنه لاتوجد تقارير متابعة لهذه الحالة .

وقد أُستخدم أسلوب مشابه فى دراسة حالة ، قام بها بلشر Belcher ، حيث ارتبطت أشكال سلوكية غير مرغوبة بالخبرة الهلوسية أفضت إلى ممارسات عارضة متوسطة الضرر (Belcher, 1988 : 70) .

وقد تحقق خفض ملحوظ فى هذه السلوكيات ظل على مدى عام من المتابعة. وقد لاحظ فوناجى وسلايد Fonagy and Slade (1982) أن تقديم ضوضاء خفيفة متزامنة مع التقارير الهلوسية ،التى يقدمها المريض يؤدى إلى خفض فى تكرارها ، وقد لوحظت خصائص تعميمية لدى المرضى الذين عولجوا.

واستخدم وينجرتنر Weingaertner (1971) ، فى واحدة من الدراسات القليلة المضبوطة فى هذا المجال ، ثلاث مجموعات متطابقة من المرضى ، لديهم جميعاً خبرات هلوسية . وقدم لمجموعتين منهما صناديق صادمة [٢] وطلب منهم أن يعرضوا أنفسهم لصدمة عندما يسمعون أصواتاً . ولم يكن التيار الكهربائى متصلاً بالصناديق الصادمة بالنسبة لمجموعة من هاتين المجموعتين . وبالتالى لايتعرضون لصدمات ، ولم تتلق المجموعة الثالثة أى علاج ، وقد انخفضت تقارير المجموعات الثلاثة بالدرجة نفسها .

ودلالات هذه التجربة غير واضحة ، وقد أدت الدراسات المضبوطة إلى نتائج سلبية ، بينما توحى دراسات الحالة أن عدداً من الإجراءات قد يؤدى إلى تناقص التقارير الهلوسية . وباستخدام الكثير من التبريرات يمكن النظر إلى أولئك الذين يستخدمون إجراءات غير فعالة (مثال ذلك Slade, 1977) ، باعتبارهم أثروا فى الخبرة الإدراكية . ويرى سلايد وبنتال Slade and Bentall (١٩٨٨) أن هناك ثلاث عمليات تغير ، يمكن أن تكون فعالة فى هذه الاستراتيجيات العلاجية المتنوعة : الأولى هى التركيز على مراقبة الذات خلال الخبرة الهلوسية ، والثانية هى خفض القلق ، والثالثة هى التشتيت .

ويبدو أن الدراسات التى تستخدم الإجراءات الفعالة أقل إقناعاً ، وتثير قضايا أخلاقية واضحة . وأحياناً مايكون الانخفاض فى تقارير الخبرات الهلوسية والسلوك المرتبط بهذه الخبرات بمثابة عامل مساعد فى إعادة التأهيل . وكما لاحظ العيسى Al-Issa فإن مثل هذه الأساليب للتدخل يجب أن تراقب – على الرغم من ذلك وعن قرب – التأثيرات المحتملة غير المرغوبة لبرامج التأهيل ، وعلى وجه الخصوص مقدار الكرب الذى قد يعانيه المريض .

(1) Time-Out.
(2) Shock boxes.

الإستراتيجيات المعرفية السلوكية العامة

أدت النتائج المشجعة بدرجة متوسطة والتى توصلت إليها أساساً المحاولات المحدودة وغير المضبوطة ، والتى أشير إليها فيما سبق إلى تطوير حزم علاجية ذات أسس عريضة تتضمن الكثير من هذه الأساليب ، ومن أمثلتها : دراسات كيندون وتوركينجتون Kindon and Turkkington (1991,a) وفولر Fowler (1991) ، والأخير تطوير لمنحى علاجي سابق (Fowler and Morley, 1989) ويتشابه الدليل العلاجى لكل منهما مع الآخر فى الكثير من الخصائص المهمة . وقد أورد كيندون وتوركينجتون (1991,b) نتائج واعدة فى دراسة غير مقننة لعدد أربعة وستين مريضاً ، أحيلوا إليهما على التتابع ؛ وكان الأسلوب العلاجى مقبولاً من كل من المرضى وأقربائهم . وقد ظل أعضاء المجموعة يتلقون مستوى منخفضاً من العلاج بالعقاقير ، ولم يُطلب إلا الحد الأدنى من الأقامة بالمستشفى .

ويشدد كل من الدليلين على الحاجة إلى مناقشة وتفسر أعراض الفصاميين المرضية ، وعلى أهمية تحديد نذر الانتكاس الذهانى . وبالإضافة إلى استخدام أساليب تغيير المعتقدات الموجه إلى هذاءات وهلاوس المرضى ، هناك تأكيد متزايد على أهمية تطوير أساليب تعامل فعالة مع الخبرات غير السوية ، بدلاً من تجاهلها . ومن الواضح أن الكثير من المرضى يطورون تلقائياً مجموعة من استجابات التعامل (مثال ذلك Breier and Strauss, 1983; Fallon and Talbor, 1981) . ويشكل التطبيق المنظم لهذه الأساليب التى برهنت على فعاليتها جزءاً من التدخل . وقد قدم الان وباس Allen and Bass (1992) مثالاً حديثاً لهذا المنحى .

ويوجد بالمثل اعتراف متزايد بأهمية أن تتجه الأساليب النفسية إلى القلق والاكتئاب ، اللذين غالبًا مايكونان بارزين لدى من يشخصون على أنهم فصاميون . ولايوجد سبب يدعو إلى الإعتقاد أن الاستراتيجيات المعرفية المعيارية ستكون غير فعالة مع هذه الفئة . وتشير مؤشرات الانتحار لدى هؤلاء المرضى (انظر : Westermayer et al., 1991) فى ارتباطها بالخصائص المعرفية للاكتئاب (انظر الفصل ١٥) إلى أهمية التقييم والتدخل النفسى . ولهذا يؤكد دليل فاولر على أهمية تعرف احتمالات الانتحار ، أو إيذاء الذات فى سياق الخبرات الذهانية ، والتى تنتج عن التقييم العقلانى لظروف الحياة والمعنويات المنخفضة بصورة متطرفة .

تعديل الشذوذ فى صورة الحديث

عادة مايوجد تمييز بين تعبير الهذاءات ـ أى الاضطراب فى مضمون الحديث ـ وبين الشذوذ فى صورة الحديث ، وهناك خاصية إضافية لدى بعض الفصاميين ممن يعانون من ندرة الكلام ، والتى تُعد فى أكثر حالاتها تطرفاً معبرة عن التوحدية (١) .

وقام ميكانبوم Meichenbaum (1969) بتعزيز للاستجابات المتعلقة والمتماسكة لسؤال معين ، وتجاهل وعاقب أو تجاهل عدم التعلق وعدم التماسك أو الإجابات الهائمة . وقد استخدمت مجموعتين من المدعمات ، وتلقت المجموعة الأولى تدعيماً إجتماعيًا للاجابات الصحيحة ، وردود أفعال اجتماعية سلبية للإجابات الخاطئة ، ونُظمت المجموعة الثانية وفق نظام ، يعتمد على المكافآت الرمزية (٢) . وقد تحسنت المجموعتان أكثر فى السلوك المعين ، الذى كان موضوعاً للتدريب بالمقارنة بمجموعة ضابطة ، كما أظهرتا

---

(1) Autism.
(2) Token economy.

تغيراً كبيراً على المقاييس العامة للتفكير .

وقد ترتب على ذلك قيام ميكانبوم وكاميرون Meichenbaum and Cameron (1973) بتطوير أسلوب جديد ، وهو «تدريب الفصاميين على الحديث مع أنفسهم» . وكان المجرب يبين للمريض كيف يفكر بصوت مرتفع ، وكيف يستخدم هذا التفكير فى حل مشكلة . ثم يقوم المريض أو المريضة بكتابة نسخة من هذه الإجراءات ويتم تعليمه تدريجياً كيف يجعلها جزءاً من ذاته [يستدمجها] ، ثم يحاول المعالج بعد ذلك جعل المريض حساساً للمؤشرات التفاعلية التى تشير إلى أن حديثه غير متماسك ، وأن يستخدم هذه المؤشرات كعلامة لبدء تعليم نفسه وتغيير سلوكه . وقد أدى هذا البرنامج إلى انخفاض كبير للغاية فى الحديث غير المتماسك ، أكثر مما تحقق لدى مجموعة ضابطة تلقت دعماً اجتماعياً فقط .

وقد أُستخدم إجراء مشابه فى حالة تالية ذكرها مايرز وزملاؤه Meyers et al. (1976) ، وحيث استخدمت تعليمات ذاتية من النوع الآتى ، قدمت للمريض على التوالى واحدة أو اثنتان منها فى كل جلسة: «يجب أن انتبه» ، «يعتقد الناس أن الهذيان من الجنون . لن أهذي» . وقام المعالج بعرض استخدام التعليمات الذاتية بصوت مرتفع ، مع الاستجابة المناسبة لسؤال . وبعد القيام بثلاثة عروض ، يقوم المريض بالتقليد إلى أن يتمكن من القيام بالأداء ثلاث مرات متتالية بصورة مناسبة . وقد أعيد هذا الأسلوب مع تعليمات ذاتية يجرى الهمس بها ، ثم تستبدل بها تعليمات ذاتية صامتة . وكان الانخفاض الملحوظ فى تكرار الحديث غير الملائم فى المواقف التعميمية والسلوك اللفظى المتحسن مسئولين بشكل مباشر عن قرار صرف المريض من المستشفى . وعلى الرغم من ذلك ، فقد فشل باحثون آخرون فى الحصول على هذه النتائج (مثال ذلك : Margolis and Steinberg, 1976) .

وهناك تقارير عديدة عن محاولات تقويم حديث الفصاميين . مثال ذلك أن شيرمان Sherman (1965) استخدم مدعماً وإجراء للتقليد مع ثلاثة مرضى ذهانيين ، كان لأحدهما تاريخ يمتد ثلاثة وثلاثين عاماً من الصمت ، والأخران صامتان تماماً تقريباً ، وعلى الرغم من تحقق بعض النجاح فى مهام مثل تسمية الأشياء والإجابة بصورة مناسبة عن أسئلة المعالج ، إلا أن هذه الاستجابات كانت تميل لأن تكون من كلمة أو اثنتين فقط . وتوضح هذه الدراسة والدراسات التالية مشكلة الانتقال من مرحلة الكلمة الوحيدة إلى مرحلة استخدام اللغة المركبة فى التواصل . ومن المؤكد أن البعض اعتقد أن فقر الحديث هو أحد أساليب التوافق مع الاضطراب الحاد فى التفكير . وبالتالى ، وعلى الرغم من إمكان تحقيق قدر من الكلام ، إلا أن الحديث المتماسك قد يبرهن على أنه أكثر صعوبة بكثير . وقد كتب بيكر Baker عن استخدام الإجراءات الفعالة (*) لتقويم الحديث ذاكراً «أنه بالنسبة لبعض المرضى يشبه الحديث الحركة ، وهو يصدر بهدوء وبطريقة آلية ، ويمكن التنبؤ بمضمونه وشكله ، ويمكن إجراء تشريط للكثير منه الذى لايتضمن تفكيراً » (Baker, 1971:333) .

وقد لاحظ جيلكمان وزملاؤه Glickman et al. (1974) أيضاً وجود مشكلات ، وحيث كانت الإجراءات الفعالة مؤثرة فى زيادة القدر الكبير من المعطيات اللفظية ، ولكن من خارج فئة الإجابة التى سبق تدعيمها . وقد ذكر فراسر وزملاؤه Fraser et al. (1981) أنجح استخدام لأساليب تعديل السلوك فى علاج فصامى صامت على مدى ٤٨ عاماً .

(*) Operant. والمقصود هنا إجراءات التشريط الفعال (المترجم)

وتضمن الأسلوب استخدام طرق التشكيل (١) ، التنبيه (٢) ، والنمذجه (٣) ، والتضاؤل التدرجى (٤)، وأساليب التدعيم والإطفاء ، وبعد ستة عشر جلسة أصبح المريض يغمغم بالكلمات والجمل غير المتماسكة ، ونطق أول كلمة بسيطة فى الجلسة الثالثة والثلاثين ، ونطق أول جملة كاملة فى الجلسة التاسعة والستين . وبعد أربعين ساعة من العلاج كان يستطيع استخدام جمل فى الإجابة عن الأسئلة . وتبين هذه الدراسة أنه لايكفى تدعيم الكلمات المفردة فقط وتوقع أن يبزغ استخدام الجمل تلقائياً .

التدخل الأسرى

جرت محاولات متعددة للتدخل السلوكى فى الموقف الأسرى كانت لها نتائج مختلطة ، وقد ذكر بعض المؤلفين مثل هدسون Hudson (1975) الصعوبات التى تواجه هذا الأمر ، والتى تتضمن الخوف من استجابات المريض فى حالة ما إذا كانت هناك حاجة لتطبيق برنامج للتدعيم الإنتخابى ، ويُقيم الأقارب على أنهم غير قادرون على المشاركة ، كما أن الأهداف العلاجية المقترحة لاتحظى بموافقة الأسرة، بالإضافة إلى عدم إذعان المريض ، والإنشغال بأن النكسة ستحدث إذا استخدمت اجراءات إعادة تأهيل مكثفة . ويعكس كل هذا جزئياً الصعوبات العامة عند استخدام الأساليب الفعالة مع الفصاميين ، والتى ستناقش فيما بعد من حيث احتمال فشلها فى الأخذ فى حسبانها الحالة السلوكية السابقة ، بمافى ذلك القلق والهذاءات والهلاوس ونتائجها غير الظاهرة ، مثل شفاء القلق .

وقدم باحثون آخرون (مثل : Cheek et al., 1971) نتائج أكثر إيجابية ، وقد استهدفوا مساعدة الوالدين على ملاحظة سلوك المريض بشكل أفضل ، وعلى سلوكهم فى التفاعلات الأسرية والعلاقة بينهما . وقاموا بعد ذلك بتعليم الوالدين كيف يحافظون على سلوك معين أو يعدلونه من خلال التطبيق المنظم للمكافأة والعقاب ، وأُستخدمت أساليب ، من بينها : المحاضرات ، والأفلام ، ولعب الأدوار ، وتقارير تقدم المجموعة والمناقشات ، والمهام المنزلية . وعلى الرغم من عدم استخدام مجموعة ضابطة ، فقد أظهرت مجموعة من الفصاميين فى طور النقاهة تحسناً فى عدد من مجالات الوظائف بما فى ذلك أعمال المنزل الروتينية ، وانخفاضاً فى السلوك العدائى ، وزيادة فى المشاركة الاجتماعية . ووفقاً لما قررته الأسر ، فقد كانت الفائدة الكبرى المحققة هى الامكانية التى أتيحت لها لمقابلة الآخرين من أصحاب المشكلات المشابهة، ومشاركتهم المعلومات الخاصة بطرق معاملة المرضى .

وقامت دراسات عديدة ، فى ضوء العلاقات ، التى اتضحت بين الانفعالات المعبر عنها من جانب الأقارب ، والمترتبات الصادرة عن المرضى الفصاميين المقيمين معهم (الفصل ١٥) ، وتأسيساً على هذه العلاقة صممت استراتيجيات للتدخل الأسرى . وقد اختار ليف وزملاؤه Leff et al. (1982) مجموعة من المرضى الفصاميين من ذوى الصلة الوثيقة بأقارب من أصحاب التعبيرات الانفعالية الشديدة . وقد صنف كل المرضى والذين كانوا جميعاً تحت العلاج الدوائى فى مجموعتين ، تلقت إحداهما الرعاية المعتادة للمرضى الخارجيين ، وطبقت على المجموعة الثانية حزمة من التدخلات العلاجية تضمنت :

١) برنامج تعليمى حول الفصام .

٢) مجموعة أقارب (كانت تقابل أساساً كطريقة للجمع بين الأقارب شديدى التعبير عن الانفعالات

---

(1) Shaping.
(2) Prompting.
(3) Modeling.
(4) Fading.

ومنخفضى التعبير ؛ بهدف إلغاء أنماط تعبير المجموعة الأولى . كما كان من المأمول فيه أيضاً مواجهة إحساس العزلة الذى يشعر به الكثيرين من أقارب الفصاميين) .

٣) جلسات أسرية كان الهدف منها خفض الانفعالات المعبر عنها ، والاتصال الاجتماعى أو أحدهما بواسطة مجموعة من الأساليب . وكان معدل الانتكاس فى المجموعة الضابطة ٥٠ فى المئة مقارنة بـ ٩ فى المئة فى المجموعة التجريبية . وقد انخفضت الانفعالات المعبر عنها ، والتواصل وجهاً لوجه أو أحدهما بنسبة ٧٣ فى المئة لدى الأسر التى تلقت العلاج . وبالتالى تبدو هذه الدلائل موحية بالدور السببى للإنفعالات المعبر عنها فى انتكاس الفصاميين . وبعد عامين من المتابعة انخفضت هذه النتائج المؤثرة بدرجة قليلة . فقد تعرض ٤٠ فى المئة من مجموعة العلاج لنكسات مقارنة بـ ٦٨ فى المئة فى المجموعة الضابطة . وذلك على الرغم من وجود صلة علاجية فى الحد الأدنى بين الفريق والأسر على امتداد الشهور التسعة الأولى . وقد يكون من المناسب بدرجة أكبر العمل على أساس الاستمرار مع الأسر وفقاً لما يقترحه تريير وزملاؤه (1986) Tarrier et al. .

وقد قدم لام (1991) Lam مراجعة للدراسات الكبرى للتدخل الأسرى فى الفصام والتى امتدت نتائجها لعامين (Leff et al., 1982; 1985; 1988; 1990; Fallon et al., 1982; 1985; 1987; Hogarty et al., 1986; 1987; Tarrier et al., 1988; 1989) ، وعلى الرغم من المشكلات المنهجية المختلفة كانت النتائج مشجعة فى أغلبها . وكانت أقل التدخلات تأثيراً هى التى اقتبست أساليب دينامية ، وقد ذكر لام أن الحزم العلاجية الناجحة تشترك معاً فى عدد من المكونات العامة :

(أ) أنها تتضمن منحاً إيجابيًا وعلاقة عمل أصيلة ، تتضمن تأكيد قدرة الأسرة على التغير ، وتجنب توجيه لوم .

(ب) توفير بنية منظمة واستقراراً .

(حـ) التركيز على هنا والآن .

(د) استخدام مفاهيم الأسرة .

(هـ) إعادة تنظيم البنية المعرفية : ويهدف البرنامج التعليمى إلى تمكين الأقارب من تفهم سلوك المريض وخبراته .

(و) استخدام منحى سلوكى ، يقوم على أهداف واقعية ، ويقسمها إلى خطوات صغيرة .

(ز) تحسين أساليب التواصل .

وقد اتضح أن العلاج الأسرى الذى يستخدم أساليب معينة مصممة لحل المشكلات ، والذى يتضمن بالمثل مكونات تعليمية ، مفيد فى خفض الضغوط الأسرية والانتكاس . وكانت أغلب الأسر فى الدراسات التى سبق الإشارة إليها تتضمن الوالدين الذين يقدمان الرعاية ويساندان ابنهما الفصامى . وعلى الرغم من ذلك فقد ذكر بينون ولوكاس (1990) Bennun and Lucas نتائج توحى أن أسلوباً مشابهاً يمكن أن يكون مفيداً فى علاج الزوجين ، اللذين يشخص أحدهما على أنه فصامى منذ فترة طويلة . وتشير سلسلة من دراسات الحالة إلى انخفاض فى كل من الأعراض الإيجابية والسلبية يأتى تالياً لتدخل يشدد على حل المشكلات وتغيير أنماط التواصل وإدارة الأزمات .

وهناك عدد من القضايا المهمة يتعين الإشارة إليها . أولاً أن تارير Tarrier (1991) أشار إلى أن عديد من الأسر أما تفشل فى التواصل أو تنسحب من العلاج فى مرحلة مبكرة . ومن الواضح أن هناك مجموعة من العوامل تؤثر فى الالتزام بالعلاج . ويرى تارير أن الوعى بهذه العوامل التى توجد فى أسر معينة يمكن أن يوحى بطرق لمواصلة التفاعل العلاجى . ثانياً لم تتجه الدراسات فى أغلب الحالات مباشرة إلى تقييم الجوانب الجوهرية لحزمة العلاج متعددة المكونات . ثالثاً أن ميكانيزمات التغير العلاجى بعيدة كثيراً عن الوضوح ، وتفتقد البحوث الإطار النظرى الواضح . ويرى تارير Tarrier (1989) أن النتائج العلاجية الناجحة تنتج عن خفض ضغوط البيئة والتى يكون المرضى الفصاميين عرضه لها على وجه الخصوص ، كنتيجة لاختلالاتهم المؤكدة فى مجال تداول المعلومات وضبط الاستثارة . وبالتالى فإن البيئة المعقدة والغامضة والمشحونة بالانفعالات تؤدى لتجاوز القدرة على تحمل المعلومات وعودة ظهور الأعراض الإيجابية . يتسق مع ذلك مـا أورده مـاكـارثى وزمـلاؤه MacCarthy et al. (1986) حول العلاقة بين التعليقات النقدية ـ أى المكونات الجوهرية فى الإنفعالات المعبر عنها ـ والأقارب باعتبارها أكثر متغيرات الاستجابة فى السلوك المشكل .

الأساليب السلوكية للإعاقة المزمنة

تضمنت المحاولات الطموحة لتعديل سلوك المرضى الفصاميين المقيمين بالمستشفى تطبيق برامج المكافآت الرمزية ، والتى تقدم تالية لظهور السلوك العلاجى المرغوب ، ويمكن مبادلتها بمكافآت مادية ومزايا ، وتتضمن البرامج تحديد الأهداف العلاجية والتدعيمات المقترنة بها بوضوح . وقد تركزت أغلب برامج المكافآت الرمزية على سلوك العناية بالذات ، والأداء الوظيفى ، والتحكم فى أشكال السلوك الكبيرة المضطربة . وقدم هال وبيكر Hall and Baker (1973) تفاصيل مثل هذه الإجراءات والصعوبات التى يمكن أن تواجهها . وعلى الرغم من تحقيق نتائج مشجعة فى عدد من الدراسات ، إلا أن هال وزملاءه Hall et al. (1977) يشيرون إلى أن الكثير من برامج المكافآت الرمزية تعانى من عيوب منهجية خطيرة ويقترحون عدداً من المتطلبات البحثية فى هذا المجال . وقد تضمنت دراستهم مقارنة بين ثلاث مجموعات كانت الأولى مجموعة ضابطة فى جناح المستشفى . بينما تلقت المجموعة الثانية مكافآت مشروطة عبارة عن تدعيم اجتماعى وعائد معلوماتى يترتب على السلوك المناسب ، وتلقت المجموعة الثالثة تدعيماً إجتماعياً مشروطاً وعائداً ، بالإضافة إلى عدد مطابق من المكافآت الرمزية غير المشروطة . وعلى امتداد خمسة عشر شهراً تحسنت كل من المجموعتين العلاجيتين بدرجة مشابهة ؛ مما يثير الشكوك حول قيمة المكافآت الرمزية باعتبارها عاملا سببيًا فى التحسن ، ويشدد المؤلفون على الحاجة لمراقبة الحالة السيكايتريه ، بالإضافة إلى السلوك المستهدف . ومن البين أنه يتعين تطوير البرامج الصريحة ، إذا كان يتعين تحقيق الاستمرارية للأداء المستقل فى البيئة الاجتماعية .

وتعد دراسة بول ولينتز Paul and Lentz (1977) أكبر المحاولات المنهجية المناسبة طموحاً ، والتى صممت لتقييم تأثير مبادئ نظرية التعلم فى علاج المرضى الفصاميين . وقد قورنت هذه الأساليب السلوكية بالبرنامج البيئى والعلاج المعيارى داخل المستشفى . وتم قياس منتظم لسلوك المرضى بواسطة ملاحظين باستخدام مقاييس ذات ثبات جيد . وقد أظهر المرضى فى المجموعتين تحسناً جوهرياً يتجاوز مستوياتهم الأولية للتوافق ، خلال الشهور الستة الأولى على وجه الخصوص . وتضمنت المجالات التى تم قياسها الأداء المؤثر للدور ، العناية بالذات والمهارات التفاعلية ، وقد أدى البرنامج السلوكى إلى مكاسب أكبر مماتحقق للمجموعة البيئية ، وكان تفوقه واضحاً من حيث الأداء الكلى . وفى نهاية الأعوام الأربعة

للدراسة ، تم إخراج ١٠.٧ فى المئة من مجموعة التعلم الاجتماعى من المستشفى ؛ ليعيشوا بشكل مستقل، ودون أن يعودوا مرة أخرى للمستشفى مقارنة بـ ٧.١ فى المئة من مجموعة العلاج البيئى ، وليس من بينهم أحد من المجموعة الضابطة . بالإضافة إلى ذلك أظهرت مجموعة التعلم الاجتماعى تفوقاً فى التحرر الجوهرى ؛ أى حققت حداً أدنى من البقاء بصورة متواصلة فى المجتمع لمدة تسعين يوماً .

وعلى الرغم من ذلك ، وكما يشير هال Hall (1989) فإن برامج المكافآت الرمزية التى تطبق فى كل أجنحة المستشفى حلت محلها الآن برامج الأفراد والمجموعات فى داخل الأجنحة وبيوت المجموعات (*)، وكما سبق الإشارة فإن الأساليب السلوكية تشكل أيضاً جزءاً من عديد من الحزم العلاجية الأسرية.

وعلى الرغم من وجود انخفاض ملحوظ فى عدد المرضى ممن تطول إقامتهم فى المستشفيات النفسية ، إلا أنه مازال هناك عدد من المواقف التى تكون برامج العلاج الجمعى ممكنة فيها ، وذلك عندما توجد أهداف علاجية مشتركة بين المرضى . وعلى الرغم من ذلك فإن هذا يتطلب اتساقاً فى ممارسات الفريق العلاجى ، والذى يمكن تحقيقه دائماً من خلال التدريب الرسمى فقط . ويقدم ميلان Milne (1986) مثالاً على ذلك يصف من خلاله تفصيلاً تطوير برنامج علاجى للممرضات داخل جناح المستشفى . ويكون التدخل السلوكى الفردى هو الأكثر ملاءمة فى مواقف أخرى (انظر : Garety and Morris, 1984).

وهناك وعى متزايد فى كل من المنحيين العلاجيين الجماعى والفردى لأهمية مشاركة المرضى ، بقدر الإمكان فى تقرير أهداف العلاج .

حدود الأساليب الفعالة (1)

على الرغم من الاستخدام المتكرر للإجراءات الفعالة لتعديل سلوك الفصاميين ، يظل هناك عدد من الحدود لمثل هذه الأساليب يمكن فهم بعضها بمفاهيم أشكال الشذوذ المعروفة تماماً فى مجال الأداء المعرفى فى الفصام (Hemsley, 1978) ، وتقع هذه المشكلات فى ثلاث فئات عريضة ، هى : النقص فى الاستجابة ، والتدهور المزمن فى الجوانب غير المستهدفة للسلوك الفصامى ، والفشل فى التعميم .

ويصبح من الضرورى بالنسبة للمرضى غير المستجيبين تقرير ما إذا كان يمكن استخدام إجراءات سلوكية مكثفة ، أو ما إذا كان النموذج الفعال ملائماً ، ويبدو من المحتمل أن أحد العوامل المؤثرة فى استجابية المريض هو تعقد الاستجابة المطلوبة . وقد حظى هذا الأمر بالقليل من الاهتمام على الرغم من وجود فروق واضحة بين عقد رباط الحذاء ، وبين سؤال المريض أن يشارك فى موقف اجتماعى أو يتحدث بطريقة متماسكة .

وقد أشير من قبل إلى أن إعادة التأهيل المكثف يمكن أن تؤدى بالنسبة لبعض المرضى لتدهور فى جوانب معينة من السلوك الفصامى ، ويتعين ملاحظة ذلك قبل تبنى أية إجراءات فعالة . ويقدم برايس Pryce (1977) مثالاً لذلك . إن إمكان ظهور مشكلات مشابهة مع تطبيق الأساليب الفعالة يجعل من الضرورى القيام بملاحظات متزامنة لجوانب مهمة من سلوك المرضى ، التى تعدل بشكل مباشر . وتنشأ مشكلة فى تقييم التغير نتيجة للإجراءات الفعالة من خلال العرض الدائم لمتوسط البيانات ، إذ يؤدى ذلك لعرض تحسن بعض المرضى وتدهور البعض الآخر . وقد أشار تقرير كو السكى وزملاؤه

(*) Group Homes

وهي سكن مستقل يوفر للمرضي في مجموعات صغيرة لممارسة الحياة بشكل مستقل تحت رعاية ورقابة محدودتين (المترجم) .

(1) Operent .

Kowalski et al. (1976) إلى أن المرضى الفصاميين غير الإضطهاديين أظهروا انخفاضاً حاداً فى الأداء عند تقديم برامج المكافآت الرمزية ، تلى ذلك تحسن بطئ إلى قُرب المستوى الأصلى . وعلى النقيض منهم أظهر المرضى الفصاميون الإضطهاديون تحسناً فورياً استمر وأن كان غير منتظم . ويرى المؤلف أن ذلك قد يعزى إلى التكامل المعرفى والسلوكى المتفوق لدى المرضى الاضطهاديين . وهناك دلائل بالمثل (Hall et al., 1977) على أنه إذا حددت أهداف الأساليب السلوكية ، فإن أى تحسن فى مجال معين يمكن أن يصحبه تدهور فى أشكال سلوكية أخرى . وقد يعزى ذلك إلى عدم قدرة بعض المرضى على العناية بأكثر من عدد قليل من الأهداف فى وقت واحد.

وقد واجهت هدسون Hudson (1975) مشكلات عند محاولته تطبيق أساليب تعديل السلوك على الفصاميين المزمنين فى مجتمعهم . وقدم تقريراً عن خمس حالات أمكن تطبيق برنامج علاجى لها . وقد تمكنت إحدى الحالات من التردد على ناد ، إلا أن ذلك لم يدم طويلاً ، وتزايد الحديث الهذائى للمريض . مريض آخر ظل ملازماً فراشه طوال اليوم منذ خروجه من المستشفى ، وقدمت له مكافآت مقابل تفاعلاته الاجتماعية ، إلا أنه رفض بعض ذلك السماح للفريق بالدخول ، وتعين إعادته إلى المستشفى بسبب عودة ظهور أعراض واضحة . وقد اختيرت هذه الأمثلة بطريقة مقصودة ، ولكنها توحى أن أقلية من الفصاميين يمكن أن يظهروا زيادة فى الشذوذ السلوكى عند مواجهة برامج تتطلب إتخاذ قرارات أكثر تعقيداً ، مما اعتادوا عليه من قبل . ويظل هناك ، بالإضافة إلى ذلك ، القليل مما يتعارض مع استخلاصات مراجعة الإجراءات الفعالة (Keeley et al., 1976) ، مثل أن الدلائل المتعلقة بالتغيرات المستمرة أو تقييم التغير أو كليهما مازالت موضع شك نتيجة لغيابها ، كما أن الدلائل الضئيلة المتاحة تثير شكوكاً خطيرة حول ثباتها فى المُضى لأبعد من التحكم (ibid : 292) .

وعلى الرغم من ذلك فإن أساليب تحسين تعميم السلوك كانت موضع نظر (Liberman, 1976 : 188) ، كما حظيت بقدر كبير من الاهتمام فى تراث التدريب على المهارات الاجتماعية فى الفصام ، والذى نتناوله فى القسم التالى .

التدريب على المهارات الاجتماعية

جرى تأكيد أهمية الأداء الاجتماعى فى التوافق الناجح بواسطة عديد من المؤلفين . ومن الواضح أنه يلعب دوراً هاماً بالنظر إلى كل من العمل والإقامة فى المستشفى . ولهذا فقد حاول عديد من الدراسات تحسين المهارات الاجتماعية للمرضى الفصاميين . وقد قدم ترور وزملاؤه Trower et al. تعريفاً عريضاً للمهارات الاجتماعية ، حيث ذكروا أنها تتضمن «القدرة على [فهم] استخدام الآخرين لعناصر التعبير .... [لتوصيل] الانطباعات من خلال سلوك لفظى وغير لفظى ملائم .... للتأثير فى سلوك ومشاعر الآخرين بالطريقة ، التى يرمى إليها الشخص ، والتى تحظى بقبول اجتماعى .... وأن يؤثر فى البيئة بطريقة تتسم بالكفاءة لكى يحقق الأهداف الشخصية الأساسية » . (Trower et al., 1978 : 2-5) .

وعادة ماتتضمن برامج التدريب على المهارات الاجتماعية ثلاثة أساليب رئيسية ، هى : النمذجة ، والممارسة والعائد ، وغالباً ماتستخدم النمذجة عن طريق الشرائط السمعية أو شرائط الفيديو ، كما تتضمن الممارسة عادة لعب الأدوار . ويتضمن العائد تعليمات لبادئل الاستجابات وتدعيماً للأداء الناجح .

ودائماً مايكون استخدام هذه الإجراءات سواء منفردة أو مجتمعة معاً فعالاً مقارنة بغيبة العلاج ، على الرغم من أن قدراً كبيراً من التراث يتضمن دراسات حالة متعددة .

وقد صمم والاس وزملاؤه (1981) .Wallace et al حزمة متكاملة للتقييم والعلاج ، تعتمد على صيغة لعب الأدوار ، وعلى الرغم من ذلك فبدلاً من تدريب المرضى على سلسلة من المهارات المنفصلة ، قاموا بقياس كل المتغيرات بعد لعب الأدوار ، ثم طبقوا أساليب تدريب متعددة عندما يبين القياس وجود آفات معينة . وتشير نتائج دراسة مضبوطة إلى انخفاض فى معدل النكوص والعودة للمستشفى بين المرضى الفصاميين الذين تلقوا هذا البرنامج مقارنة بمجموعة من المرضى المختارين عشوائياً من بين فئة تلقى أفرادها علاجاً صحياً مكثفاً وشاملاً .

وعلى الرغم من ذلك يتعين ملاحظة أن أخرين ذكروا نجاحاً أقل فى برامج المهارات الاجتماعية مع الفصاميين (مثال ذلك : Lauterbach et al., 1979) وقد يكون الضعف المعرفى المتبقى الذى يظهره الكثير من المرضى أحد أسباب مثل هذه النتائج السلبية .

وقد ذكر شيفارد Shephard «أن المعدل المنخفض للأداء وبعض الأجزاء النقية أو المتطورة لطريقة التعلم يمكن أن تخفض بعض مشكلات تداول المعلومات الأخرى ... ومن الضرورى تقسيم المهام إلى وحدات صغيرة ، يتم إتقان كل منها تماماً قبل التقدم إلى التالية ، وقبل محاولة الربط بين هذه الوحدات فى استجابة كاملة» (Shephard, 1978a : 258) . وقد لاحظ ماتسون وستيفنز Matson and Stephens (1978) أن المشكلة الأولية فى حزمتهما الخاصة بالتدريب على المهارات الاجتماعية كانت تطوير الاستجابات ، والتعليمات والعائد البسيط والمختصر بدرجة تكفى لأن يفهمه المرضى المنتكسون . وقد تطلب الأمر أن تكون كل الاستجابات أربعة كلمات أو أقل ، بالنسبة لإحدى المفحوصات ، وذلك قبل أن تتمكن من تذكرها وتكرارها بصورة سليمة .

والمشكلات الأساسية فى تدريب الفصاميين على المهارات الاجتماعية هى تلك المتعلقة بالتعميم والاستمرارية ، وغالباً ماتعتمد أكثر البحوث على نتائج المقاييس المرتبطة بموقف التدريب . ويجب أن يظهر أن التدخل يؤثر فى الأداء خارج سياق التدريب الفورى . وقد طور شيفارد Shepherd (1977) طريقة لتقييم الأداء الاجتماعى للمريض باستخدام ملاحظين مستقلين فى موقف ، مختلف تماماً عن مواقف العلاج الجماعية ، ولم يتمكن بداية من التوصل إلى أية دلائل على أن التدريب أدى إلى تحسن مهارات التفاعل لدى المرضى ، خلال يوم فى المستشفى .

ترتب على ذلك تطبيق عدد من الإجراءات (Shepherd, 1978b) تضمنت زيادة طول جلسات العلاج ومرات حدوثها ، وتأكيد أكبر على أهداف الجلسة ، وتنظيم مدعمات ، والأكثر من ذلك عمل جلسات كاملة فى سياقات مختلفة عن جلسات العلاج الجمعى ، ومحاولة أكبر لوضع الفروق الفردية فى الاعتبار .

وقد أشارت النتائج إلى تحسن واضح فى الأداء ، الاجتماعى ، لدى مجموعة عولجت ، ولاحظها مقيمون مستقلون فى جلسة منفصلة تماماً عن جلسة العلاج .

ويرى شيفارد أن ماقد يكون أكثر فائدة هو أن نفكر فى الصعوبات الاجتماعية لمثل هؤلاء المرضى ؛ باعتبارها عجزًا مزمنًا فى قدراتهم يتطلب نظم فعالة لتدبره ، بدلاً من النظر إليها على أنها أعراض تتطلب علاجاً . وقد تأيدت هذه الوجهة من النظر بملاحظة ماتسون وستيفنز من أنه على الرغم من تحقق تحسن فى التدريب على المهارات الاجتماعية يعمم على مواقف خارج السياق ، إلا أن السلوك يتدهور بسرعة بعد توقف البرنامج . ويستخلصان من ذلك أن المعلومات حول المهارات تتطلب بالإضافة إلى ذلك ضرورة استمرار المدعمات الطبيعية فى البيئة ؛ حتى يستمر السلوك المناسب (Matson and Stephens, 1978:75) .

يصبح من الواضح بالتالى ضرورة أن يكون هناك تأكيد على تدريب هؤلاء الأشخاص الأكثر إلتحاماً بالحياة اليومية ، والذين يكونون بالتالى أصحاب الاحتمال الأكبر للحصول على التدعيمات الطبيعية . ويتطلب التدريب على الاستجابات ذات الصلة بالأداء خارج موقف التدريب جلسات فى البيئة الطبيعية ، مثل : المتاجر والمطاعم ، وسيحتاج الأمر مصاحبة المعالجون للمرضى فى مواقف جديدة . وقد يبرهن هذا أيضاً على أنه جوهرى لإغراء الأشخاص المهمين فى بيئة المريض مثل أسرته لتدعيم الاستجابات الاجتماعية الجديدة المناسبة .

وقد أشارت المحاولات الأكلينيكية الحديثة التى جرت على نطاق واسع (Bellack et al., 1984; Wallace and Liberman, 1985) . إلى أن هذه الأساليب يمكن أن تمكن المرضى من إكتساب مهارات جديدة والإحتفاظ بها . وأن مثل هذا التدريب يمكن أن يكون له تأثير جوهرى على الانتكاس .

وعلى الرغم من ذلك ، هناك جدل مستمر حول دور عمليات الوعى المعرفى فى السلوك التفاعلى ، ودور عمليات حل المشكلات فى المهارات الاجتماعية على وجه الخصوص . ومن هنا جادل ليبرمان وزملاؤه Liberman et al. (1986) فى أن التدريب يتعين أن يركز أوليًا على تقرير مثل هذه المهارات المعرفية باعتبارها مولدة لبدائل استجابة متعددة ، كما أنها تُقيم استخدام هذه البدائل قبل التعبير عنها.

وقدم هانسن وزملاؤه Hansen et al. (1985) نموذجاً لهذا المنحى . وعلى الرغم من ذلك ، فإن المراجعة التى قدمها بليك وزملاؤه تنتهى إلى أن الحاجة ماسة بوضوح إلى المزيد من البحوث ، حول برامج التدريب على حل المشكلات ، غير أن صدق نماذج حل المشكلات وإمكانات تطبيقها غير مؤكد (Bellack et al., 1989:101) .

تعديل العجز المعرفى

سبقت الإشارة فى الفصل الخامس عشر إلى أن هناك قدراً كبيراً من البحوث حول العجز المعرفى (١) لدى الفصاميين ، وأحياناً مايؤدى ذلك إلى الإيحاء بإجراءات تدخل مباشرة . ومن هنا يوضح شوارتز - بليس وجيلمور Shcwartz-Place and Gilmore فشل الفصاميين فى تنظيم المعلومات فى مرحلة مبكرة من تداولها ملاحظين أن تدريباً نوعيًا على الوعى بالتنظيم والتقسيم ، يمكن أن يكون مفيداً فى مساعدة الفصاميين على تنظيم البيئة (Schwartz-Place and Gilmore, 1980:417) وقد اقترح ماجارو وزملاؤه Magaro (مثال ذلك : Magaro et al., 1986) وكذلك سبولدنج وزملاؤه (١٩٨٦) Spaulding et al. طرقاً أكثر تفصيلاً . وهناك عدد من تقارير دراسات الحالة الناجحة (مثال ذلك : Adames et al., 1981) غير أن الحاجة مازالت كبيرة لبحوث أكثر نظامية .

وقد أشارت أيضاً دراسة مضبوطة ، قام بها أولبريش وموسجاى Olbrich and Mussgay إلى إمكان خفض الاضطرابات النفسية العصبية بواسطة التدريب المعرفى . وعلى الرغم من ذلك فقد كان التأثير محدوداً بالنسبة للوظائف الأكثر تعقداً مقارنة بالميكانيزمات الأولية . ويتوقع المؤلفان أن يكون أفضل تفسير لنتائجهما هو « إفتراض أثاره الميكانيزمات التعويضية» (٢)... وقد تحقق البرامج التدريبية نجاحاً لا من خلال تجديد إمكانية معطوبة ، ولكن من خلال التطوير الواسع للاستراتيجيات المعرفية السوية . ومن هنا فإن هدفاً واعداً للأعمال المستقبلية فى هذا المجال ، يتعين أن يصبح تعريف الاستراتيجيات التعويضية وأساليب التدريب لتحسينها » (Olbrich and Mussgay, 1990:368) . ويوازى ذلك أساليب

(1) Cognitive impairment.
(2) Compensatory mechanisms .

إعادة تأهيل المرضى من أصحاب التلف المخى الواضح . وكما يشير همسلى Hemsley (1987) هناك اعتقاد فى بحوث العجز المعرفى فى الفصام أنه يمكن تحديد القصور فى إمكانات مراحل معينة من العمليات . وعلماء النفس المعرفى متزايدو الاهتمام بالاستراتيجيات المطبقة لاستخدام هذه المراحل لتحقيق أهداف معينة . وبالتالى فهناك إمكانية فى أن المرضى ، ممن لايزالون متعافين معرفياً يجب أن يدربوا على استخدام أكثر الاستراتيجيات مناسبة ؛ للإقلال من الشذوذ السلوكى الذى يظهر فى مواقف معينة .

ويمكن النظر إلى طريقة التعلم الذاتى (1) التى استخدمها ماكينبوم وكاميرون Meichenbaum and Cameron (1973) باعتبارها إحدى هذه الاستراتيجيات فى التعامل . وقد أشارا إلى التعديل الناجح للانتباه والتفكير والسلوك اللغوى فى الفصام. غير أن هناك نتائج مشجعة بقدر أقل أوردها بنتال وزملاؤه (١٩٨٧) Bentall et al. باستخدام الأساليب نفسها ، وقد واجها صعوبات فى تعليم التعليمات الذاتية للمفحوصين ، وظهر تعميم غير ملائم لآثار العلاج .

وعند النظر إلى التدريب فى مجال استراتيجيات التعامل ، سيكون من الضرورى الاهتمام بتلك الاستراتيجيات التى تستخدم تلقائياً من جانب المرضى ، استجابة للشذوذ المعرفى والإدراكى . (Hemsley, 1977) وقد وثقت هذه النقاط توثيقاً جيداً (مثال ذلك : Fallon and Talbot, 1981; Berrier and Strauss, 1983) . ومع ذلك يلاحظ أنه بالنسبة لبعض المرضى ممن انخفض اضطرابهم المعرفى بقدر كبير ، أو أولئك الذين عولجوا بنجاح ظهرت أشكال سلوكية غير سوية نتجت عن إستراتيجياتهم التوافقية السابقة ، مثل : ضيق مجال الإحاطة ، وبطء الاستجابة ، والانسحاب الاجتماعى . والتى ربما أصبحت لاتخدم أغراضاً نافعة . ويمكن فى مثل هذه الحالات استخدام الإجراءات الفعالة لعكس اتجاه هذه الآفات . وقد أشار الفصل السابق إلى أهمية قياس مستوى العجز المعرفى المتبقى عند تخطيط برامج إعادة التأهيل . ويلعب التعديل المباشر للعجز المعرفى لدى الفصاميين دوراً جوهرياً فى برنامج العلاج متعدد الأوجه ، الذى وصفه برينر وزملاؤه Brenner et al. (1990) ، والذى يحاول استخدام طريقة متكاملة لعلاج المهارات السلوكية والمعرفية والتواصلية .

وقد دعمت عدة دراسات مضبوطة استخدام هذا المنحى ، وقد ظهر أن مكاسبه ظلت مستمرة على مدى ثمانية عشر شهرا من المتابعة ، وهناك بحوث مستمرة حول الدور الدقيق الذى يقوم به شفاء الآفات المعرفية .

ويعترف برينر وزملاؤه أنه «على الرغم من أن النتائج النهائية للدراسات المختلفة تنتهى إلى أن آثار العلاج تعتمد على خفض الآفات المعرفية ، إلا أنها قد تكون راجعة أساساً إلى التدريب على استراتيجيات تعويضيه فعالة» (Brenner et al., 1990:186) . كما أنهم يوافقون أيضاً على أهمية أن يؤخذ فى الحسبان « الإضطرابات التعويضية (2) مثل نمط إنتباه يسعى لخفض جرعة المعلومات» .

وقد تكون التدخلات العلاجية فى مثل هذه الحالات (قارن: Hemsley, 1977) والتى تسعى إلى تطبيع (3) الإضطرابات المعرفية دون ضبط متزامن لكمية المعلومات المتاحة أو الاستثارة النفسية الفسيولوجية مؤذيه (Brenner et al., op. cit. : 187) . ويتميز منحاهم واسع النطاق بالفحص المستمر لإيضاح ميكانيزمات التغير الناتج عن العلاج ، ولتحديد أولئك المرضى الأكثر ميلاً للاستفادة منه .

(1) Self - Instructional training.
(2) Compensatory dysfunctions .
(3) Normalize .

References

Adams, H. E., Malateska, V., Brantley, P. J. and Turkal, I. D. (1981) 'Modification of cognitive processes: a case study of schizophrenia', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 49: 460–4.

Alford, B. (1986) 'Behavioural treatment of schizophrenic delusion: a single case experimental analysis', *Behaviour Therapy* 17: 637–44.

Al-Issa, I. (1976) 'Behaviour therapy and hallucinations: a sociocultural approach', *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 13: 156–9.

Allen, H. and Bass, C. (1992) 'Coping tactics and the management of acutely distressed schizophrenic patients', *Behavioural Psychotherapy* 20: 61–72.

Alumbaugh, R. V. (1971) 'Use of behaviour modification techniques toward reduction of hallucinatory behaviour: a case study', *Psychological Record* 21: 415–17.

Ayllon, T. and Haughton, E. (1964) 'Modification of symptomatic verbal behaviour of mental patients', *Behaviour Research and Therapy* 2: 87–97.

Baker, R. (1971) 'The use of operant conditioning to reinstate speech in mute schizophrenics', *Behaviour Research and Therapy* 9: 329–36.

Belcher, T. L. (1988) 'Behavioural reduction of overt hallucinatory behaviour in a chronic schizophrenic', *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 19: 69–71.

Bellack, A. S., Turner, S. M., Hersen, M. and Luber, R. F. (1984) 'An examination of the efficacy of social skills training for chronic schizophrenic patients', *Hospital and Community Psychiatry* 35: 1023–8.

Bellack, A. S., Morrison, R. L. and Mueser, K. T. (1989) 'Social problem-solving in schizophrenia', *Schizophrenia Bulletin* 15: 101–16.

Bennun, I. and Lucas, R. (1990) 'Using the partner in the psychosocial treatment of schizophrenia: a multiple single case design', *British Journal of Clinical Psychology* 29: 185–92.

Bentall, R. P., Higson, P. J. and Lowe, C. F. (1987) 'Teaching self instructions to chronic schizophrenic patients: efficacy and generalization', *Behavioural Psychotherapy* 15: 58–76.

Breier, A. and Strauss, J. S. (1983) 'Self control in psychotic disorders', *Archives of General Psychiatry* 40: 1141–5.

Brenner, H. D., Kraemer, S., Hermanutz, M. and Hodel, B. (1990) 'Cognitive treatment in schizophrenia', in E. R. Straube and K. Hahlweg (eds) *Schizophrenia: Concepts, vulnerability and intervention*, New York: Springer (161–92).

Chadwick, P. D. J. and Lowe, C. F. (1990) 'The Measurement and modification of delusional beliefs', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 225–32.

Cheek, F. E., Laucius, J., Mahncke, M. and Beck, R. (1971) 'A behaviour modification training program for parents of convalescent schizophrenics', in R. D. Rubin, H. Feusterheim, A. A., Lazarus and C. M. Franks (eds) *Advances in Behavior Therapy. Vol. 2*, New York: Academic Press.

Falloon, I. R. H. and Talbot, R. E. (1981) 'Persistent auditory hallucinations: coping mechanisms and implications for management', *Psychological Medicine* 11: 329–34.

Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, G. W., Razani, J., Moss, H. B. and Gilderman, A. M. (1982) 'Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenics: a controlled study', *New England Journal of Medicine* 306: 1437–46.

Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., McGill, G. W., Williamson, M., Ranzani, J., Moss, H. B., Gilderman, A. M. and Simpson, G. M. (1985) 'Family management in the prevention of morbidity in schizophrenia: clinical outcome of a two year longitudinal study', *Archives of General Psychiatry* 42: 887–96.

Falloon, I. R. H., McGill, C. W., Boyd, J. L. and Pederson, J. (1987) 'Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: a social outcome of a two-year longitudinal study', *Psychological Medicine* 17: 59–66.

Fonagy, P. and Slade, P. (1982) 'Punishment vs negative reinforcement in the aversive conditioning of auditory hallucinations', *Behaviour Research and Therapy* 20: 483–92.

Fowler, D. (1991) 'Draft manual for the cognitive-behavioural management of the functional psychoses', unpublished manuscript, Fulbourn Hospital, Cambridge.

Fowler, D. and Morley, S. (1989) 'The cognitive-behavioural treatment of hallucinations and delusions: a preliminary study', *Behavioural Psychotherapy* 17: 267–82.

Fraser, D., Anderson, J. and Grime, J. (1981) 'An analysis of the progressive development of vocal responses in a mute schizophrenic patient', *Behavioural Psychotherapy* 9: 2–12.

Gardos, G. and Cole, J. D. (1976) 'Maintenance antipsychotic therapy: Is the cure worse than the disease?', *American Journal of Psychiatry* 133: 32–6.

Garety, P. A. and Morris, I. (1984) 'A new unit for long stay psychiatric patients: organization, attitude and quality of care', *Psychological Medicine* 14: 183–92.

Glickman, H. S., Di Scipio, W. J. and Hollander, M. A. (1974) 'Modeling and reinforcement techniques with hospitalized psychotics' in W. J. Di Scipio (ed.) *The Behavioural Treatment of Psychotic Illness*, New York: Behavioural Publications.

Hall, J. (1989) 'Chronic psychiatric handicaps', in K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk and D. M. Clark (eds) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychiatric Problems*, Oxford: Oxford University Press (315–38).

Hall, J. and Baker, R. (1973) 'Token economy systems: breakdown and control', *Behaviour Research and Therapy* 11: 253–63.

Hall, J. N., Baker, R. D. and Hutchison, K. (1977) 'A controlled evaluation of token economy procedures with chronic schizophrenic patients', *Behaviour Research and Therapy* 15: 261–84.

Hansen, D. J., St. Lawrence, J. S. and Christoff, K. A. (1985) 'Effects of interpersonal problem solving training with chronic aftercare patients on problem solving component skills and effectiveness of solutions', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53: 167–74.

Haynes, S. N. and Geddy, P. (1973) 'Suppression of psychotic hallucinations through time out', *Behaviour Therapy* 4: 123–7.

Hemsley, D. R. (1977) 'What have cognitive deficits to do with schizophrenic symptoms?', *British Journal of Psychiatry* 130: 167–73.

Hemsley, D. R. (1978) 'Limitations of operant procedures in the modification of schizophrenic functioning: the possible relevance of studies of cognitive disturbance', *Behavioural Analysis and Modification* 3: 165–73.

Hemsley, D. R. (1987) 'An experimental psychological model for schizophrenia', in H. Hafner, W. F. Gattaz and W. Janzarik (eds) *Search for the causes of schizophrenia. Vol. 1*, New York: Springer.

Hersen, M., Turner, S. M., Edelstein, B. A. and Pinkstan, S. G. (1975) 'Effects of phenothiazines and social skills training in a withdrawn schizophrenic', *Journal of Clinical Psychology* 31: 588–94.

Hirsch, S. R. (1986) 'Clinical treatment of schizophrenia', in P. B. Bradley and S. R. Hirsch (eds) *The Psychopharmacology and Treatment of Schizophrenia*, Oxford: Oxford University Press.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M., Reiss, D. J., Kornblith, S. J., Greatwald, D. P., Javana, C. D. and Madonia, M. J. (1986) 'Family psycho-education, social skills training and maintenance chemotherapy in the after care treatment of schizophrenia. I: one year affects of a controlled study on relapse and expressed emotion', *Archives of General Psychiatry* 43: 633–42.

Hogarty, G. E., Anderson, C. M. and Reiss, D. J. (1987) 'Family psychoeducation, social skill training and medication in schizophrenia: the long and short of it', *Psychopharmacology* Bulletin 23: 12–13.

Hudson, B. L. (1975) 'A behaviour modification project with chronic schizophrenics in the community', *Behaviour Research and Therapy* 13: 239–41.

Keeley, S. M., Sherberg, K. M. and Carbonell, J. (1976) 'Operant clinical intervention: behaviour management or beyond? Where are the data?' *Behavior Therapy* 7: 292–305.

Kingdon, D. G. and Turkington, D. (1991a) 'Cognitive behaviour therapy with a normalizing rationale in schizophrenia: a treatment manual', unpublished manuscript, Dept. of Psychiatry, Bassetlaw District General Hospital, Notts.

Kingdon, D. G. and Turkington, D. (1991b) 'The use of cognitive behaviour therapy with a normalizing rationale in schizophrenia', *Journal of Nervous and Mental Disease* 79: 207–11.

Kowalski, P. A., Daley, G. D. and Gripp, R. F. (1976) 'Token economy: Who responds how?' *Behaviour Research and Therapy* 14: 372–4.

Lam, D. H. (1991) 'Psychosocial family intervention in schizophrenia: a review of empirical studies', *Psychological Medicine* 21: 423–41.

Lambley, P. (1973) 'Behaviour modification techniques and the treatment of psychosis: a critique of Alumbaugh', *Psychological Record* 23: 93–7.

Lauterbach, W., Pelzer, U. and Awiszus, D. (1979) 'Is social skills training effective in European schizophrenics?' *Behavioural Analysis and Modification* 3: 21–31.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R., Eberlein-Vries, R. and Sturgeon, D. (1982) 'A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenics', *British Journal of Psychiatry* 141: 121–34.

Leff, J., Kuipers, L., Berkowitz, R. and Sturgeon, D. (1985) 'A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenics: two year follow-up', *British Journal of Psychiatry* 146: 594–600.

Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I. and Vaughn, C. (1988) 'A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia', *British Journal of Psychiatry* 153: 58–66.

Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I. and Vaughn, C. (1990) 'A trial of family therapy v. a relative control group for schizophrenia: two year follow-up', *British Journal of Psychiatry* 157: 571–7.

Liberman, R. P. (1976) 'Behaviour therapy for schizophrenia' in L. Jolyon D. West and and E. Flinn (eds) *Treatment of Schizophrenia: Progress and Prospects*, New York: Grune and Stratton.

Liberman, R. P., Teigan, J., Patterson, R. and Baker, V. (1973) 'Reducing delusional speech in chronic paranoid schizophrenics', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 6: 57–64.

Liberman, R. P., Meusen, K. T., Wallace, C. J., Jacobs, H. E., Eckman, T. and Massel, H. K. (1986) 'Training skills in the psychiatrically disabled: learning coping and competence' *Schizophrenia Bulletin* 12: 631–47.

MacCarthy, B., Hemsley, D. R., Schrank-Fernandez, C., Kuipers, E. and Katz, R. (1986) 'Unpredicatability as a correlate of expressed emotion in the relatives of schizophrenics', *British Journal of Psychiatry* 48: 727–31.

Magaro, P. A., Johnson, M. and Boring, R. (1986) 'Information processing approaches to the treatment of schizophrenia', in R, Ingram (ed.) *Information Processing Approaches to Clinical Psychology*, London: Academic Press.

Margolis, R. B. and Steinberg, K. M. (1976) 'Cognitive self instruction in process and reactive schizophrenics: A failure to replicate', *Behaviour Therapy* 7: 668–71.

Matson, J. L. and Stephens, R. M. (1978) 'Increasing appropriate behaviour of explosive chronic psychiatric patients with a social skills training package', *Behaviour Modification* 2: 61–76.

Meichenbaum, D. H. (1969) 'The effects of instructions and reinforcement on thinking and language behaviour in schizophrenics', *Behaviour Research and Therapy* 8: 147–52.

Meichenbaum, D. H. and Cameron, R. (1973) 'Training schizophrenics to talk to themselves: a means of developing attentional controls', *Behaviour Therapy* 4: 515–34.

Meyers, A., Mercatoris, M. and Sireta, A. (1976) 'Use of covert self instruction for the elimination of psychotic speech', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 44: 480–2.

Milne, D. (1986) *Training Behaviour Therapists*, London: Croom Helm.

Milton, F., Patwa, V. K. and Hafner, R. J. (1978) 'Confrontation vs. belief modification in persistently deluded patients', *British Journal of Medical Psychology* 51: 127–30.

Olbrich, R. and Mussgay, L. (1990) 'Reduction of schizophrenia deficits by cognitive training: an evaluative study', *European Archives of Psychiatry and Neurological Science* 239: 366–9.

Paul, G. L. (1974) 'Experimental-behavioural approaches to "schizophrenia"', in R. Cancro, N. Fox, and L. Shapiro (eds) *Strategic Interaction in Schizophrenia*, New York,: Behavioral Publications (187–200).

Paul, G. L. and Lentz, I. (1977) *Psychosocial Treatments of Chronic Mental Patients: Milieu Versus Social Learning Programs*, Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Pryce, J. G. (1977) 'The effects of social changes in chronic schizophrenia: a study of forty patients transferred from hospital to a residential home', *Psychological Medicine* 7: 127–39.

Richard, H. C., Dignam, P. J. and Horner, R. F. (1960) 'Verbal manipulations in a psychotherapeutic relationship', in L. Krasner, and L. P. Vilman (eds) *Case Studies in Behavior Modification*, New York: Holt, Rinehart and Winston.

Rutner, I. T. and Bugle, C. (1969) 'An experimental procedure for the modification of psychotic behaviour', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 33: 651–3.

Schwartz-Place, E. J. and Gilmore, G. C. (1980) 'Perceptual organization in schizophrenia', *Journal of Abnormal Psychology* 89: 409–18.

Shepherd, G. W. (1977) 'Social skills training: the generalization problem', *Behavior Therapy* 8: 1008–9.

Shepherd, G. W. (1978a) 'Treatment in natural and special environments', in M. P. Feldman and J. Orford (eds) *The Social Psychology of Psychological Problems*, New York: John Wiley.

Shepherd, G. W. (1978b) 'Social skills training: the generalization problem: some further data', *Behaviour Research and Therapy* 16: 287–8.

Sherman, J. A. (1965) 'Use of reinforcement and imitation to reinstate verbal behaviour in mute psychotics', *Journal of Abnormal and Social Psychology* 70: 155–64.

Slade, P. D. (1972) 'The effects of systematic desensitization on auditory hallucinations', *Behaviour Research and Therapy* 10: 85–91.

Slade, P. D. (1973) 'The psychological investigation and treatment of auditory hallucinations', *Behaviour Research and Therapy* 46: 293–6.

Slade, P. D. and Bentall, R. P. (1988) *Sensory Deception: A Scientific Analysis of Hallucination*, London: Croom Helm.

Spaulding, W., Storm, L., Goodrich, V. and Sullivan, M. (1986) 'Applications of experimental psychopathology in psychiatric rehabilitation', *Schizophrenia Bulletin* 4: 560–77.

Tarrier, N. (1989) 'Effect of treating the family to reduce relapse in schizophrenia: a review', *Journal of the Royal Society of Medicine* 82: 423–4.

Tarrier, N. (1991) 'Some aspects of family interventions in schizophrenia. I: Adherence to intervention programmes', *British Journal of Psychiatry* 159: 475–80.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S., Porceddu, K., Watts, S. and Freeman, H. (1988) 'The community management of schizophrenia: a controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse', *British Journal of Psychiatry* 153: 532–42.

Tarrier, N., Barrowclough, C., Vaughn, C., Bamrah, J. S. Porceddu, K., Watts, S. and Freeman, H. (1989) 'Community management of schizophrenia: a two year follow-up of a behavioural intervention with families', *British Journal of Psychiatry* 154: 625–8.

Trower, P., Bryant, B. and Argyle, M. (1978) *Social Skills and Mental Health*, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Vaughn, C. E. and Leff, J. P. (1976) 'The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness', *British Journal of Psychiatry* 129: 125–37.

Wallace, C. J. (1981) 'The social skills training project of the Mental Health Clinical Research Center for the study of schizophrenia', in J. P. Curran and P. M. Martin (eds) *Social Skills Training: a Practical Handbook for Assessment and Treatment*, New York: Guilford.

Wallace, C. J. and Liberman, R. P. (1985) 'Social skills training for patients with schizophrenia: a controlled clinical trial', *Psychiatry Research* 14: 239–47.

Watts, F. N., Powell, G. E. and Austin, S. V. (1973) 'The modification of abnormal beliefs', *British Journal of Medical Psychology* 46: 359–63.

Weingaertner, A. H. (1971) 'Self administered aversive stimulation with hallucinating hospitalized schizophrenics', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 36: 422–9.

Westermeyer, J. F., Harrow, M. and Marengo, J. T. (1991) 'Risk for suicide in schizophrenia and other psychotic and non-psychotic disorders', *Journal of Nervous and Mental Disease* 179: 259–66.

Wincze, J. P., Leitenberg, H. and Agras, W. S. (1972) 'The effects of token reinforcement and feedback on the delusional verbal behaviour of chronic paranoid schizophrenics', *Journal of Applied Behaviour Analysis* 5: 247–62.